

## ОПРОС ПО УСЛУГАМ ДЛЯ МОЛОДЕЖИ\* (YSS)

Помогите, пожалуйста, нашей организации улучшить качество услуг, ответив на некоторые вопросы. Ваши ответы будут сохранены в конфиденциальности и не повлияют на нынешние или будущие услуги, которые вы получаете или будете получать.  
При ответе на каждый вопрос, приведенный внизу, закрасьте кружок, соответствующий вашему выбору.

Просьба полностью закрашивать кружок.

**ПРИМЕР:** Правильно ●

Неправильно ✗ ✓

Отвечайте на следующие вопросы на основании **последних 6 месяцев ИЛИ** если вы не получали услуг в течение 6 месяцев, просто отвейте на основании тех услуг, которые вы получили до сих пор. Укажите свой выбор: **Совсем не согласен, Не согласен, Не принял решения, Согласен или Полностью согласен** для каждого из утверждений внизу. Если вопрос задается о чем-то таком, что с вами не произошло, закрасьте кружок ответа **Не применимо**, чтобы указать, что этот вопрос к вам не относится.

**НАЧНИТЕ  
ЗДЕСЬ** →

Примерно сколько времени вы получали здесь услуги?

- |   |                                   |   |
|---|-----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Это мой первый визит сюда.  | <input type="radio"/> 1-2 месяца  | <input type="radio"/> Более 1 года        |
| <input type="radio"/> У меня было больше одного посещения, но я получал(а) услуги менее одного месяца | <input type="radio"/> 3-5 месяцев | <input type="radio"/> От 6 мес. до 1 года |

1. В общем, я удовлетворен(а) полученными мной услугами.

<input type="radio"/> Совсем не согласен	<input type="radio"/> Не согласен	<input type="radio"/> Не принял решения	<input type="radio"/> Согласен	<input type="radio"/> Полностью согласен	<input type="radio"/> Не применимо
--	-----------------------------------	---	--------------------------------	--	------------------------------------

2. Я помогал(а) выбирать свои услуги.

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

3. Я помогал(а) выбирать цели моего лечения.

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

4. Люди, которые мне помогали, оставались со мной до конца.

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

5. Я знал(а), что у меня было с кем поговорить, когда я был(а) обеспокоен(а).

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

6. Я принимал(а) участие в своем собственном лечении.

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

7. Я получил(а) услуги, которые были для меня подходящими.

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

8. Местоположение предоставления услуг было удобное

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

9. Услуги предоставлялись в удобное для меня время.

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

10. Я получил(а) помощь, которую хотел(а).

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

11. Я получил(а) помощь в таком объеме, в котором я в ней нуждался(лась).

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

12. Персонал относился ко мне с уважением.

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

13. Персонал уважал религиозные / духовные убеждения моей семьи.

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

14. Работники разговаривали со мной таким образом, что я понимал(а).

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

15. Работники проявляли деликатность к моему культурному / этническому происхождению.

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

### В результате полученных мной услуг:

16. Я лучше справляюсь с ежедневной жизнью.

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

17. Мои отношения с родственниками стали лучше.

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

18. Мои отношения с друзьями и другими людьми стали лучше.

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

19. Мои успехи в школе и / или на работе стали лучше.

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

20. Я могу лучшеправляться, когда что-то происходит не так.

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

21. В настоящее время я удовлетворен(а) своей семейной жизнью.

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

22. Напишите замечания здесь и / или на обратной стороне данной формы, если необходимо.

Нас интересуют как положительные, так и отрицательные отзывы.



\*Молли Бранк, кандидат наук, 1999 год. Этот документ был разработан как часть Индикаторного проекта штата, финансируемого Центром службы по охране психического здоровья (СМНШ). Он был заимствован из Анкеты удовлетворения родственников, использованной вместе с Программой комплексной местной службы охраны психического здоровья для детей и их родственников и Опросом потребителей MHSIP (Программы по улучшению статистики психического здоровья).

ПРОДОЛЖЕНИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЙ СТРАНИЦЕ...



CSI County Client Number

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*

Y - RU

Страница 1 из 2

1 1 / 0 1 / 0 6

17317

- 1.** Какой у вас пол?  Женский  Мужской  Иное
- 2.** Вы мексиканского / испанского / латиноамериканского происхождения?  Да  Нет  Неизвестно
- 3.** Какой вы расы? (Отметьте все, что к вам относится).  
 Белый(ая)  Американский индеец / Уроженец Аляски  Неизвестно  
 Африканского происхождения /  Уроженец Гавайев / других островов Тихого Океана  
 американец африканского происхождения  Иное  
 Азиат
- 4.** Какая у вас дата рождения? (Напишите ее в квадратиках И закрасьте соответствующие кружки. Смотрите пример).

Дата рождения (месяц-день-год)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

ПРИМЕР: Дата рождения 30 апреля 1987 года:

Дата рождения (месяц-день-год)

1. Напишите свою дату рождения →  0 4 -  3 0 -  1 9 8 7

2. Закрасьте соответствующие кружки

0	● 0	0 ●	● 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

- 5.** За последний МЕСЯЦ сколько раз вас арестовали за какие-нибудь преступления?

Ни одного ареста  1 арест  2 ареста  3 ареста  4 ареста или более

- 6.** Сколько раз вы пропустили школу в течение прошлого МЕСЯЦА?

1 день или меньше  От 3 до 5 дней  Более 10 дней  Не помню  
 2 дня  От 6 до 10 дней  Не применимо / не учусь в школе

- 7.** Были ли услуги, которые вы получили, предоставлены на предпочтаемом вами языке?

Да  Нет

- 8.** Была ли письменная информация (например, брошюры, описывающие имеющиеся услуги, ваши права как потребителя и материалы по просвещению о психическом здоровье) предоставлена вам на предпочтаемом вами языке?  Да  Нет

- 9.** Укажите, пожалуйста, кто помог вам заполнить какую-нибудь часть этого опроса (Отметьте все, что к вам относится):

Мне не нужна была ничья помощь.  Профессиональный опрашивающий помог мне.  
 Советник по психическому здоровью / доброволец помог мне.  Мой врач / ведущий моего дела помог мне.  
 Другой потребитель услуг по психическому здоровью помог мне.  Другой работник кроме моего врача или ведущего моё дело помог мне.  
 Мой родственник помог мне.  Кто-то еще помог мне. Кто?: \_\_\_\_\_

**Благодарим за то, что уделили время на ответы на эти вопросы!**

### **FOR OFFICE USE ONLY:**

#### **REQUIRED Information:**

County Code:

Date of Survey Administration:

1 1 -   -  2 0 0 6

Reason (if applicable):

Ref  Imp  Lan  Oth

Make sure the same CSI County Client Number  
is written on all pages of this survey.

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

CSI County Client Number  
\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*

#### **Optional County Questions:**

County Question #1 (mark only ONE bubble):

01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2 (mark only ONE bubble):

01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3 (mark only ONE bubble):

01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

17317

